

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

M22- 0015872 *par courrier*

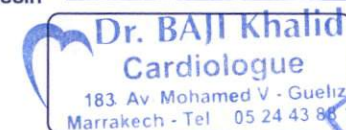
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5098 Société : RAN Cie  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite  
 Nom & Prénom : ABDERAHIM Abdellah  
 Date de naissance : 19/05/1950  
 Adresse : Ferme Tain IDRISSI Dr. SAOCHARIS TARGA  
Narrakch  
 Tél. : 0673 779781 Total des frais engagés : 850,40 dh. Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/07/2023  
 Nom et prénom du malade : ABDERAHIM Abdellah Age : 72 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Co2 mme pathologie  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Marrakech Le : 04/07/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0015872

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 5098  
 Nom de l'adhérent(e) : ABDERAHIM  
 Total des frais engagés : 850,40  
 Date de dépôt :


### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
	5		61	Dr. BAJI Khalid Cardiologue 183 Av Mohamed V - Gueliz Marrakech - Tel 05 24 43 88 18

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
	5		61	 <b>Dr. BAJI Khalid</b> <b>Cardiologue</b> 183 Av Mohamed V - Gueliz Marrakech - Tel 05 24 43 88 18

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/07/2023	850,40

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
---	------	-----------------------

PHARMACIE SIDI DAOU  
Dr. EL OUIJANI Aicha  
124, Douar Sidi Daou Targa  
TARAKACH

04/07/2023

950,40

[illegible]

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
--	------	---------------------------------	---------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

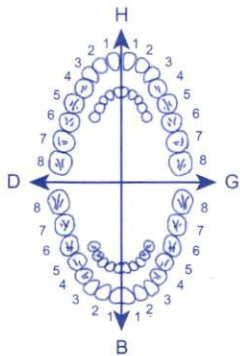
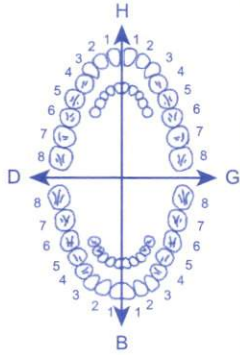
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000  <hr style="width: 100%;"/> <b>D</b>                      <b>G</b>                      00000000    00000000                      35533411    11433553  <hr style="width: 100%;"/> <b>B</b> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	

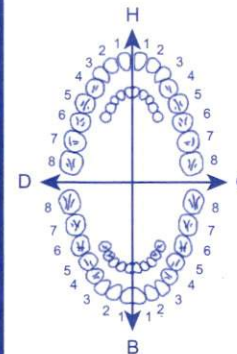
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.


SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

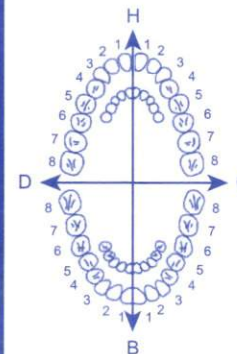


### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# Dr. BAJI Khalid

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

ICE : 0016701980051

# الدكتور الباجي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرابين  
خريج كلية الطب بنيس بفرنسا

IP : 071017347

مراكش، في 04/07/23 Marrakech, le


Mr ABDERRAHIM ABDELLAH

98,10	1 - COSYREL 5/5	1 cp le matin
270,00	2 - COPLAVIX	1 cp le matin
250,30	3 - NOLIP 20	1 cp le soir
232,00	4 - XATRAL 10 LP	1 cp le soir

850,40



**PHARMACIE SIDI DAOU**  
Dr. EL OUIJDANI Aicha  
124, Douar Sidi-Daou Targa  
Marrakech  
Tel/Fax : 05 24 34 13 77

 **Dr. BAJI Khalid**  
Cardiologue  
183 Av Mohamed V - Gueliz  
Marrakech - Tel : 05 24 43 88 18

183, Av. Mohamed V - Guéliz - Marrakech شارع محمد الخامس جليز مراكش

الهاتف : 05 24 43 88 18